



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABOLICO

COORDINACION DE LA GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

MARZO 2022

CODIGO
PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 2 de 16

ACTA DE REVISIÓN, APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE TAMIZAJE METABÓLICO

La aprobación de la presente acta, indica el entendimiento del propósito y contenido descrito en el presente documento, sus referencias y anexos. La firma de este documento implica la conformidad de cada involucrado con el mismo.

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"		CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO		FECHA: 25/03/2022
VERSIÓN: 0.01		Página 2 de 16
ACTA DE REVISIÓN, APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE TAMIZAJE METABÓLICO		
La aprobación de la presente acta, indica el entendimiento del propósito y contenido descrito en el presente documento, sus referencias y anexos. La firma de este documento implica la conformidad de cada involucrado con el mismo.		
ELABORADO POR: Lcda. NATALIA TRUJILLO ENFERMERA/O 3	REVISADO POR: ESP. GRACE SAMUEZA F. LIDER DE ENFERMERIA DE CONSULTA EXTERNA	
REVISADO POR: Lcda. TAMARA QUINCHIGUANGO R. ENFERMERA/O 3	CODIFICADO POR CALIDAD: ING. WELLINGTON CORO C. RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE CALIDAD	
REVISADO POR: Lcda. MYRIAN RUIZ Especialista en Enfermería en Medicina Crítica L:416 F:316 N° 7881 COORDINADOR DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA		
REVISADO POR: DR. CARLOS LÓPEZ S. GINECÓLOGO-OBSTETRA Cod. MSP: 1716968423 COORDINADOR DE LA GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACION		
APROBADO POR: ESP. ROSA CUENCA C. DIRECTORA ASISTENCIAL		
AUTORIZADO PARA SU IMPLEMENTACIÓN: ENCARGUESE DE LA MISMA A LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL, COORDINADOR DE LA GESTIÓN DE ENFERMERIA, COORDINACION DE DOCENCIA E INVESTIGACION Y A LA UNIDAD DE CALIDAD. DR. ROBERTO BELETANGA C. GERENTE HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI		

FECHA:

DÍA	MES	AÑO
25	MARZO	2022

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Myrian Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial	PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031	0.01	25 /03/2022

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
		FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 3 de 16

TABLA DE CONTENIDO

1.	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	4
2.	OBJETIVO	4
3.	ALCANCE	4
4.	DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES	4
5.	RESPONSABILIDADES	7
6.	DOCUMENTOS ASOCIADOS	7
7.	ABREVIATURAS / SIGLAS	8
8.	CONTROL DE CAMBIOS	9
9.	ANEXOS	11
Anexo 1	Flujograma para la toma de muestra de Tamizaje Metabólico.....	11
Anexo 2	Ficha de recolección de datos (papel filtro).....	12
Anexo 3	Consentimiento informado	12
Anexo 4	Tarjeta de identificación.....	12
Anexo 5	Formulario 016	13
Anexo 6	Ficha de valoración médica/ Formulario 053.....	14

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 4 de 16

1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

2. OBJETIVO:

Describir el procedimiento para el tamizaje metabólico en recién nacidos de 4 a 28 días.

3. ALCANCE:

El presente procedimiento será aplicado por todo el personal de enfermería que realice la actividad en el área de consulta externa.

4. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

4.1. DOCUMENTOS:

- Parte diario de TAMEM
- Consentimiento informado
- Libreta Integral de Salud Niño/Niña
- Tarjeta de Identificación del Recién Nacido.
- Ficha de Recolección de Datos (Papel Filtro).
- Formulario 016/ Atención inmediata al recién nacido
- Formulario 005/ Evolución
- Formulario 053/ Ficha de valoración médica

4.2. MATERIALES:

Kit de tamizaje:

- Cartilla (papel filtro)
- Lanceta
- Alcohol pad al 70%
- Guantes de manejo

4.3. RESPONSABLES:

- Personal de enfermería encargado del programa TAMEN

4.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN ORDEN CRONOLÓGICO

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
CONSULTA EXTERNA		
1.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Receptar, revisar y contabilizar kits de tamizaje mensualmente: (lancetas, guantes, ficha de recolección de muestra, alcohol pad al 70%).
2.	Enfermera/o	Aceptar la transferencia de los kits para recolección de muestra ingresando al sistema con el usuario y contraseña del administrador.

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
		FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 5 de 16

	responsable Programa TAMEN	
3.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Solicitar a la madre y/o familiar información en relación con las condiciones del niño para la realización del examen (4to día de nacido, ayuno por el lapso de 1 hora) en los recién nacidos pre- término pasadas las 34 semanas de edad gestacional corregida.
4.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Informar a la madre y/o familiar el procedimiento a realizar.
5.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Registro de datos del paciente en la ficha de recolección de datos, carné, parte diario.
6.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Preparar el material (kit de tamizaje).
7.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Aplicación del protocolo de lavado de manos.
8.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Colocarse guantes de manejo.
9.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Estimulación del talón del recién nacido durante 3 a 5 min (masaje y calentamiento del talón) para favorecer la vascularización sanguínea, no utilice objetos calientes tales como recipientes para agua caliente, soluciones con suero fisiológico o similares.
10.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Desinfección de zona de punción con alcohol pad al 70%. Esperar que la zona se seque por 5 segundos.
11.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Realizar la punción con la lanceta durante 3 segundos (NO GIRAR NO RASGAR).
12.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Desechar la primera gota de sangre con una torunda de algodón seco.
13.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Depositar cada gota de sangre en los 5 círculos delineados por el papel filtro, sin topar el talón.
14.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Toma de la muestra de sangre fresca capilar del talón derecho, al desprenderse la gota debe ubicarse dentro del área punteada del papel filtro.
15.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Limpiar la zona puncionada con alcohol pad al 70%, haciendo una ligera presión y proteger la zona puncionada con una banda adhesiva.
16.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Colocar el papel filtro en la torre de secado de 2 a 4 horas.
17.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Descartar el material utilizado, en los desechos correspondientes.

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 6 de 16

18.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Aplicación del protocolo de lavado de manos.
19.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Entregar talonario de la ficha de recolección de datos a la madre, en donde puede visualizar el resultado e indicar que se comunicaran vía telefónica si la muestra corresponde a un caso elevado, caso sospechoso o muestra mal tomada en algunas de las 4 patologías (fenilketonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal, hipotiroidismo).

HOSPITALIZACIÓN

20.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Informar del proceso a realizar al personal de salud del área correspondiente.
21.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Verificar Historia clínica de niños que cumplan con las condiciones para la toma de la muestra (4to día de nacido, ayuno por el lapso de 1 hora, que no hayan recibido transfusiones sanguíneas ya que si es el caso se deberá esperar 7 días para la toma de la muestra).
22.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Solicitar y registrar datos del paciente para llenado en la ficha de recolección de datos a la madre y/o familiar.
23.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Realizar toma de muestra siguiendo el procedimiento anterior.

REGISTRO DE LA MUESTRA

24.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Ingresar al sistema TAMEN con número de usuario y contraseña del administrador del sistema, escoger la opción unidad operativa y realizar el ingreso de ficha de recolección de datos (datos generales), una vez terminado el ingreso de datos se genera un código correspondiente a la muestra ingresada, se lo registra en la ficha de recolección de datos en el casillero correspondiente.
-----	--	--

ENSOBRADO FÍSICO

25.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Una vez secado la ficha de recolección de datos por el lapso mínimo de 2 horas, se procede a rotular y colocar la ficha de recolección de datos dentro del sobre.
-----	--	---

ENSOBRADO DIGITAL

26.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Ingresar al sistema TAMEN con el número de usuario y contraseña del administrador del sistema, escoger la opción unidad operativa, seleccionar la opción de: preparar sobre, crear sobre, seleccionar código, cerrar sobre, automáticamente se genera otro código para colocar en el sobre.
-----	--	---

GUÍA DIGITAL

27.	Enfermera/o responsable Programa	Ingresar al sistema TAMEM, seleccionar la opción de: crear guía, seleccionar todos los códigos enviados, cerramos la guía, seleccionamos enviar guía, colocar código del
-----	----------------------------------	--

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 7 de 16

	TAMEN	comprobante dejado por correos del ecuador y enviar. Se realiza el seguimiento hasta verificar que llego al laboratorio central que es donde se procesan las muestras.
MUESTRA MAL TOMADA /CASOS ELEVADO/ CASO SOSPECHOSO/		
28.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Verificación de notificación de los siguientes casos: (muestras mal tomadas, casos elevados, casos sospechosos) se realiza la búsqueda activa de acuerdo con el caso, contactándose vía telefónica con familiar de paciente.
29.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Si el resultado del examen reporta algún valor alterado para cualquiera de las patologías, se contacta vía telefónica al familiar del paciente, posterior a ello se debe tomar una segunda muestra, llenar ficha de valoración y referencias en casos necesarios.
30.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Solicita Historia clínica en admisiones.
31.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Aplicación del protocolo de lavado de manos.
32.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Realiza la toma de signos vitales.
33.	Médico Tratante	Realiza la valoración médica en el formulario correspondiente.
34.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Registró y envió de ficha de valoración médica con respectivo código, en la ficha de recolección de datos al responsable de tamizaje metabólico de la zona.
35.	Médico Tratante	Realiza valoración con Historia Clínica, llenado de formulario de referencia 053.
36.	Enfermera/o responsable Programa TAMEN	Realiza el seguimiento del caso.

5. RESPONSABILIDADES:

Personal operativo encargado del programa de Tamizaje Metabólico, líderes de servicios hospitalarios, supervisores de Enfermería del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arizmendi”.

6. DOCUMENTOS ASOCIADOS

- Ministerio de Salud Pública PROYECTO DE TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL. [Online].[cited 2021 08 10. Available from: HYPERLINK <https://www.salud.gob.ec/proyecto-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”

	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
		FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 8 de 16

2. Laboratorio MMd. TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL (PRUEBA DEL TALÓN). [Online]. [cited 2021 09 13. Available from: HYPERLINK <http://www.medlife.com.ec/2018/09/tamizaje-metabolico-neonatal>
3. MEDLINE PLUS. [Online]. [cited 2021 09 13. Available from: HYPERLINK <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000366.htm>.
4. Rojas Moposita LE. Repositorio.uta.edu.ec. [Online]. [cited 2021 09 13. Available from: HYPERLINK <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7501/1/Liliana%20Elizabeth%20Rojas%20Moposita.pdf>
5. PUBLICA MDS. REGLAMENTO DE TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL. [Online]. [cited 2021 08 25. Available from: HYPERLINK " <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/AM-5104-REGLAMENTO-TAMIZAJE.pdf>.

7. ABREVIATURAS / SIGLAS

- **Caso normal:** Paciente cuya primera muestra se encuentra dentro de los parámetros normales de los valores de referencia. [5]
- **Caso elevado:** Paciente cuya primera muestra se encuentra sobre los niveles de corte, en al menos una de las cuatro patologías. [5]
- **Caso sospechoso:** Paciente de un caso elevado cuyos resultados continúan sobre los niveles de corte, en al menos una de las cuatro patologías. [5]
- **Caso positivo:** Paciente sospechoso de cuya patología se realiza una confirmación con exámenes en laboratorios nacionales o extranjeros y con valoración médica que confirmará el diagnóstico en alguna de las cuatro patologías. [5]
- **Fenilketonuria:** La fenilketonuria es la enfermedad más frecuente de los trastornos metabólicos hereditarios que resulta en una alteración de la fenilalanina hidroxilasa. El déficit de esta enzima da lugar a un acúmulo patológico de fenilalanina que da lugar a alteraciones estructurales del sistema nervioso central, con interferencia en el proceso de maduración cerebral. [2]
- **Galactosemia:** Es una afección en la cual el cuerpo no puede utilizar (metabolizar) el azúcar simple galactosa. [3]
- **HGONA.** - Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”

	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
		FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 9 de 16

- **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** la ausencia o disminución del enzima 21 hidroxilasa que da lugar a un bloqueo en la síntesis de cortisol con aumento secundario de la síntesis de andrógenos y virilización del feto. [2]
- **Hipotiroidismo Congénito:** Es la situación resultante de una disminución congénita de la actividad biológica tisular de las hormonas tiroideas, bien por producción deficiente, ya sea a nivel hipotálamo – hipofisario (hipotiroidismo central), o a nivel tiroideo (hipotiroidismo primario). [2]
- **MSP.** - Ministerio de Salud Pública.
- **Muestra satisfactoria:** Para considerar una muestra satisfactoria se tendrá en cuenta las siguientes características:
 - Las manchas de las gotas de sangre deberán tener como mínimo 0.5 cm de diámetro y al menos se debe tener tres manchas por papel de filtro.
 - Una para el estudio de la TSH, otra de la PKU y una restante por si fuese necesario confirmar uno de los dos estudios.
 - La distribución de la muestra debe ser de forma homogénea en ambas caras del papel, sin coágulos de sangre o rayados.
 - La coloración característica es marrón-rojiza [4]
- **Muestras Insatisfactorias:** Se detallan las características de las muestras insatisfactorias debido a diversos motivos y por los cuales una muestra debe ser rechazada. [4]
 - **Muestra insuficiente:** La cantidad de muestra recolectada no es suficiente para la realización de todos los exámenes, debido a que la mancha es muy pequeña no alcanza los 0.5 cm de diámetro, o la distribución de la muestra no es homogénea en ambos lados del papel. [4]
 - **Muestra sobresaturada:** la superposición de gotas de sangre da lugar a un exceso de sangre en la muestra, lo que puede generar falsos positivos. [4]
- **TAMEN.** Tamizaje Metabólico Neonatal.
- **Tamizaje Metabólico Neonatal:** Es un proyecto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuyo objetivo es la prevención de la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo. [1]

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN N:	ELABORADOR POR:	APROBADO POR:	FECHA:	CAMBIO:
------------	-----------------	---------------	--------	---------

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
		FECHA: 25/03/2022
	VERSIÓN: 0.01	Página 10 de 16

0.01	Lic. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial	25/03/2022	Versión Original
------	--	--	------------	------------------

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA “LUZ ELENA ARISMENDI”		
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI	PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO	CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031
	VERSIÓN: 0.01	FECHA: 25/03/2022
		Página 12 de 16

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL

FICHA DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS

CÓDIGO

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

Bloque A **LUGAR Y FORMA DE MUESTRA:** MESP ☐ IESS ☐ ISSFA ☐ ISSPOL ☐ OTRO ☐

A Establecimiento de salud: Unidad: Persona que toma la muestra:

Zona: Distrito: Provincia: Ciudad: Teléfono del establecimiento:

Fecha de toma de muestra: / / Alimentación: Materna ☐ Fórmula neonatal ☐ Míxla ☐ Parenteral ☐ Otra ☐

Tipo de muestra: 1ra. Muestra ☐ 2da. Muestra por Elevado ☐ Sospechoso ☐ Muestra mal tomada ☐

Bloque B **DATOS DEL/LA NIÑO/A:** Parto: Único ☐ Gemelar ☐ Multiple ☐ Nacido Nro.

Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:

Fecha de nacimiento: día mes año gr. Tiempo de gestación: semanas Sexo: M ☐ F ☐ Intersejo ☐

Provincia de nacimiento: Ciudad: Establecimiento de salud:

Bloque C **DATOS DE LA MADRE:** Afiliación: IESS ☐ ISSFA ☐ ISSPOL ☐ OTRO ☐ Cédula ☐ Pasaporte ☐ Código CI ☐

C Primer apellido: Segundo apellido: Nombres:

Fecha de nacimiento: / / Teléfono 1: Teléfono 2: Celular 1: Celular 2:

Provincia: Cantón/ciudad: Barrio/sector:

Dirección: Referencia domiciliar:

Bloque D **DATOS DEL PADRE:** Afiliación: IESS ☐ ISSFA ☐ ISSPOL ☐ OTRO ☐ Cédula ☐ Pasaporte ☐

D Primer apellido: Segundo apellido: Nombres:

Teléfono: Provincia: Ciudad:

DECLARACIONES AL REVERSO

Yo, declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma: Fecha: / /

Estimado/a Usuario/a:

El Tamizaje Metabólico Neonatal tiene como objetivo fundamental la detección temprana de cuatro patologías: Hipertirodismo Congénito, Hipercarotemia, Surrenaloma Congénita, Galactosemia y Fenilketonuria causantes de discapacidad intelectual y muerte precoz en los recién nacidos.

En un promedio de 15 días laborales usted podrá acercarse al establecimiento de salud donde fue tomada su muestra para conocer los resultados o en el Centro de Atención al Ciudadano de la página web: <https://tamizaje.msp.gov.ec/tam/>

Recuerde que los resultados deben ser interpretados por un médico.

Si existe la necesidad de una segunda toma de muestra, personal de salud se comunicará con usted.

Ministerio de Salud Pública

Gobierno del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

Gobierno del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

Gobierno del Ecuador

	PROYECTO NACIONAL DE TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL Yo..... con C.I.....entiendo y autorizo se realice la toma de sangre del talón para prevenir las siguientes enfermedades: Galactosemia, Fenilcetonuria, Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia Suprarrenal a mi hijo(a).....
Fecha:	Realizado por Aprobado por

Ministerio
de Salud Pública

Ministerio de la Función Pública
Ministerio de la Función Pública

TARJETA DE RECIÉN NACIDO

Fecha: _____

Nombres: _____

Hora: _____

Sexo: _____

Persona que atendió: _____

Peso: _____

Talla: _____

PC: _____

PT: _____

PB: _____

T: _____ APGAR: _____

RESPONSABLE: _____

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial	PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031	0.01	25 /03/2022

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

VERSIÓN: 0.01

Página 13 de 16

Anexo 5 Formulario 016

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE	NOMBRE Y APELLIDOS DEL RN	SEXO RN (H/ M)	Nº H. CLÍNICA - MADRE	Nº H. CLÍNICA RN
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI					

1 ANTECEDENTES FAMILIARES

ESCRIBA LOS ANTECEDENTES IMPORTANTES PARA LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO

1.1 PATOLÓGICOS

PADRE: _____

MADRE: _____

HERMANOS: _____

OTROS FAMILIARES: _____

1.2 OBSTÉTRICOS COMPLEMENTARIOS DE LA MADRE

MARCAR "✓"

EMBARAZO	ABORTO	TIPO DE PARTO	SEXO	PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO	EDAD ACTUAL	OBSERVACIONES
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

2 DATOS PERINATALES DEL RECIEN NACIDO

LABOR (EN HORAS)	EXPULSIVO (EN MINUTOS)	L AMNIOTICO (CANTIDAD)	L AMNIOTICO (COLOR)	L AMNIOTICO (COLOR)	NÚMERO DE TACTOS POST HÍDRORREA	SUFRIMIENTO FETAL	SI NO
							☐ ☐

FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: _____ OBSERVACIONES: _____

3 APGAR

	0	1	2	1 MIN	5 MIN
FRECUENCIA CARDÍACA	NO HAY	MENOS DE 100	100 O MÁS		
ESFUERZO RESPIRATORIO	NO HAY; NO RESPIRA	LLANTO DÉBIL; RESPIRA MAL	LLANTO VIGOROSO		
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXIÓN PARCIAL DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS; BUENA FLEXIÓN		
IRRITABILIDAD O RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN	NO REACCIONA	MUECA, SUCCIÓN, ALGUN MOVIMIENTO O RESPUESTA A ESTÍMULO	TOSO, ESTORNUDO, LLANTO, REACCIÓN DEFENSIVA		
COLOR DE LA PIEL	CIANOSIS O PALIDEZ	PIES CIANÓTICOS	COMPLETA MENTEROSADO		
TOTAL					

4 CAPURRO SOMÁTICO

	CHATA, DEFORME	PABELLON INCURVADO	PABELLON PARCIAL INCURVADO, BORDE SUPERIOR	PABELLON INCURVADO, BORDE SUPERIOR	PABELLON INCURVADO	TOTAL
FORMA DE LA OREJA	0	8	16	24		
TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA	NO PALPABLE	PALPABLE, MENOS DE 5 mm	PALPABLE, ENTRE 5-10 mm	PALPABLE, MÁS DE 10 mm		
FORMACIÓN DEL PEZÓN	ATLAS Y BILABIALES	DIÁMETRO MENOS DE 5 mm	DIÁMETRO ENTRE 5-10 mm	DIÁMETRO MÁS DE 10 mm		
TEXTURA DE LA PIEL	MUY FINA, GELATINOSA	FINA, LISA	MADEIRADA, DESECCIONADA, SUPERFICIAL DISCRETA	GRUESA, GRIETA, SUPERFICIAL PROFUNDA		
PLIEGUES PLANTARES	SIN PLIEGUES	MARKAS MAL DEFINIDAS	MARKAS PROFUNDAS, ANT. ERIOR	MARKAS PROFUNDAS, ANT. ERIOR		
SUBTOTAL						

5 SIGNOS VITALES Y OTRAS

EN CASO DE INTERNACIÓN POR PATOLOGÍA USE EL FORMULARIO 020 "SIGNOS VITALES"

FECHA / HORA	TEMP. °C	PULSO / minuto	PRESIÓN ARTERIAL	FR. / minuto	SAT. O2	SUCCION	NÚMERO DE	TOLERANCIA	DEPOSICIÓN	ORINA	PROFILAXIS OFTÁLMICA	PREPARADO ANT. MENINGOCÓCCICO	TAMIZAJE HIPOTIROID	TAMIZAJE ROP	RESPONSABLE

SNS-MSP / HCU-form. 016 / 2010

ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIEN NACIDO

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samuza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

VERSIÓN: 0.01

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

Página 14 de 16

Anexo 6 Ficha de valoración médica/ Formulario 053

		TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL		ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD			
		PNTMN-AC-FIM-18		INFORME VALORACIÓN MÉDICA			
				VS 0.2			
Provincia:		Distrito:		Fecha:		Unidad Operativa:	
Datos del paciente							
Nombres y apellidos:						Edad:	
Sexo:		Fecha nacimiento:					
Peso:		Talla:		Perímetro Cefálico:			
Datos del representante							
Nombres y apellidos:							
Edad:		Antecedentes familiares:					
Informe de la valoración médica							
Tipo de alimentación :	Materna		Fórmula Neonatal		Mixta		Parenteral
							Otra
Vómito:	SI		NO	Observaciones:			
Diarrea:	SI		NO	Observaciones:			
Movimientos Repetitivos:	SI		NO	Observaciones:			
Orina Olor a ratón o Moho:	SI		NO	Observaciones:			
Crisis Convulsivas:	SI		NO	Observaciones:			
Letargia:	SI		NO	Observaciones:			
Abdomen:							
Estreñimiento:	SI		NO	Observaciones:			
Ictericia:	SI		NO	Observaciones:			
Macroglosia:	SI		NO	Observaciones:			
Genitales Ambiguos:	SI		NO	Observaciones:			
Deshidratación:	SI		NO	Observaciones:			
Aparición de vello:	SI		NO	Observaciones:			
Hipopigmentación de la piel, cabello y ojos:	SI		NO	Observaciones:			
Eczemas - piel seca:	SI		NO	Observaciones:			
EXAMEN NEUROLÓGICO ELEMENTAL:							
EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN:							
Profesional responsable de la valoración:							
Nombres y Apellidos:				Código del profesional:		Firma y sello:	

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022



HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA "LUZ ELENA ARISMENDI"



PROCEDIMIENTO DE TAMIZAJE METABÓLICO

VERSIÓN: 0.01

CÓDIGO: PRO-HGONA-TM-AHCE-2022-031

FECHA: 25/03/2022

Página 15 de 16



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		EDAD	SEXO
						día mes año		años	masa
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico		
Ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Comercial/Celular		

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área	
Refiere o Deriva a:						Fecha
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	día	mes
						año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva | 1 ☐ | Saturación de capacidad instalada | 4 ☐ |
| Ausencia temporal del profesional | 2 ☐ | Otros /Especifique: | 5 ☐ |
| Falta de profesional | 3 ☐ | | |

3. Resumen del cuadro clínico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

Nombre del profesional: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:						Fecha
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		día
						mes
						año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____

MSP/DINISCG/form. 053/dic/2013

7. Referencia Justificada

Realizado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Código	Versión	Fecha de Aprobación
Lcda. Natalia Trujillo Q. Enfermera/o 3	Esp. Grace Samueza F. Líder de Enfermería de Consulta Externa Esp. Miryan Ruiz O. C. Gestión de Cuidado de Enfermería Ing. Wellington Coro C. Responsable de la U. de Calidad Lcda. Tamara Quinchiguango R. Enfermera/o 3	Dr. Roberto Beletanga C. Gerente Hospitalario Esp. Rosa Cuenca C. Directora Asistencial		0.01	25 /03/2022





¿Cómo llegar al HGONA?

Existen cuatro líneas de transporte público:

Marín - Quitumbe - Cdla. Ejército
San Roque - Quicentro Sur - Maternidad del Sur
San Roque - Nueva Aurora (Disutransa)
Alimentador Trolebus



El hospital brinda atención especializada a pacientes con complicaciones obstétricas, embarazos de alto riesgo y complicaciones del recién nacido.



Ministerio
de **Salud Pública**

Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora
LUZ ELENA ARISMENDI

Av. Quitumbe Ñan s/n y Quilla Ñan / Teléfono: 3948 940



/Hospital Gineco Obstetrico
de Nueva Aurora Luz Elena Arismendy



@hluzearismendy

www.hgona.gob.ec